**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Imię i nazwisko ...............................................................................................................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości ...................................................................................

Adres zamieszkania\* ….…............................................................................................................

Data urodzenia ………......................................................Telefon……………………………….

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....................................................................

POSIADANE ORZECZENIE\*\*

a) o stopniu niepełnosprawności ⁪ znacznym ⁬ umiarkowanym ⁬ lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ⁬ I ⁬ II ⁬ III

c) ⁬ o całkowitej ⁬ częściowej niezdolności do pracy

 ⁬ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

 ⁬ o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) ⁬ o niepełnosprawności – osoby do 16 roku życia.

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON\*\* ⁬ TAK (podać rok) ……………………... ⁬ NIE

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej\*\* ⁬ TAK ⁬ NIE

Imię i nazwisko oraz PESEL opiekuna …….…………………………………………………...

 *(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, żeprzeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi ........................................ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi …………….

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia. \*\*\*

………………………………….. ………………………………………...

 **(**data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

***Wypełnia: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Brzesku***

……………………………….. ………………………………………

 Data wpływu wniosku do PCPR Pieczęć PCPR i podpis pracownika